

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 102

DE
**LA POSITION DES DOIGTS
SUR LE CADAVRE**
ET DE SON IMPORTANCE MÉDICO-LÉGALE
(Travail de l'Institut médico-légal)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Décembre 1932

PAR

André-Henri-Alexandre GAYRARD

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à FRÉJUS (Var), le 1^{er} juillet 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur.....	Président.
		MURATET, professeur.....	Juges.
		BEAUVIEUX, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 102

DE
**LA POSITION DES DOIGTS
SUR LE CADAVRE**
ET DE SON IMPORTANCE MÉDICO-LÉGALE
(Travail de l'Institut médico-légal)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Jeudi 22 Décembre 1932

PAR

André-Henri-Alexandre GAYRARD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à FRÉJUS (Var), le 1^{er} juillet 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. LANDE, professeur.....	Président.
		MURATET, professeur.....	Juges.
		BEAUVIEUX, agrégé.....	
		DUBECQ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... MAURIAC.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..... ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales..... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..... CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique..... SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique..... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques..... BONNIN.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques..... PETGES.
Hygiène..... LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires..... DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales..... ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic..... RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... CREYX.
Pharmacie..... DUPOUY.	Clinique dentaire..... CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... DUFOUR.	id..... JEANNENEY.
Physiologie..... FABRE.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... N.	Obstétrique..... PÉRY.
id..... AUBERTIN.	id..... RIVIÈRE.
id..... DAMADE.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie..... VITTE.
Maladies mentales..... PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Physiologie..... FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..... GOLSE.
Accouchements..... PÉRY.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.
Ophtalmologie..... MM.	{ CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	{ BEAUVIEUX (charge).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... N.	GOURDON.
id..... Clinique dentaire..... DELGUEL.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

Tu es mon encouragement et mon
soutien moral.

Mon amour, pour toi, est infini.

A MA MERE — A MON PERE

Je ne suis que par vous.

Ma chère maman, ma gratitude et mon
affection ne peuvent s'emprisonner dans
des mots trop étroits.

Mon cher papa, tu fus un exemple
constant d'énergie, d'abnégation et de
devoir : puissé-je te ressembler.

A MON FRERE

Pour qui j'ai l'affection la plus pro-
fonde.

A MON ONCLE MELCHIOR TALENT

Qui m'aime bien et à qui je le rends.

A MES TANTES — A MES ONCLES

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A MES CHERS CAMARADES
LES DOCTEURS ASSELOT ET GARBIES.

Pour qui camaraderie et solidarité ne
sont pas de vains mots.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT GUILMAIN

Dont les soins dévoués, la bonté et la
sollicitude constantes sont gravés à
jamais dans mon esprit et dans mon
cœur.

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE ANNEXE DE TOULON
ET DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE BRUN

*Sous-directeur de l'École principale du Service de santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'École principale du Service de santé de la Marine
et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LANDE.

*Professeur de Médecine légale et Déontologie à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

MON CHER MAITRE,

Les mots me manquent pour vous dire
toute ma reconnaissance.

Votre ferme bonté et votre sollicitude,
envers vos élèves, savent vous attirer
leur affection et leur respect.

Je ne puis que vous assurer de ne
jamais oublier tout ce que vous avez fait
pour moi et d'essayer de me montrer
digne de la confiance que vous m'avez
témoignée

AVANT-PROPOS

Six ans ont glissé depuis le début de nos études médicales !

Le jeune médecin que nous serons bientôt revoit, non sans émotion, l'étudiant faraud qui, le cœur gonflé d'espoir, de courage et de foi, l'esprit bourré d'illusions, partait d'un pied léger sur la route épineuse des sciences médicales !

Nous arrivons à la consécration officielle : l'allure parfois s'est ralentie, bien des illusions sont restées accrochées aux ronces du chemin ; mais beaucoup demeurent sans doute, l'espoir subsiste, le courage et la foi restent !

Oui, nous conservons la foi ! La foi dans la science médicale ! Comment douterions-nous ? Grâce à elle, nous avons pu mettre au point ce travail, dont, pendant un an, nous avons rassemblé les éléments ; elle nous permet, après un accident grave, de venir le présenter devant un jury.

Science médicale, oui, évidemment, de par le nombre toujours croissant des réactions chimiques, des examens de laboratoire, des tests physiques et physiologiques, des lois mathématiques, qui viennent aider, dans les centres médicaux outillés, l'assurance d'un diagnostic, fortifier un pronostic, assurer un traitement et en contrôler les résultats !

Mais art, aussi, car souvent le mal est au-dessus des ressources de la science, et il ne reste plus, alors, que l'essence même du médecin : savoir consoler, apaiser, en essayant de ne pas nuire.

D'ailleurs, dans les campagnes, dans les contrées lointaines ou dans un poste isolé, le médecin devra savoir tirer tou-

tes ses ressources de lui-même; il lui faudra faire appel à toute son ingéniosité, à tout son savoir, à tout son cœur, pour instituer un traitement qui puisse apporter le salut à son malade.

Il lui faudra, souvent, beaucoup de ce « flair médical », qui s'acquiert par la pratique et que certains semblent posséder jusqu'au génie.

Nos Professeurs de l'Ecole annexe de Toulon d'abord, puis nos Maîtres des Hôpitaux et de la Faculté de Bordeaux ensuite, ont su guider nos pas d'une main ferme et sûre.

Ils nous ont signalé les embûches qui nous attendent, plus tard, au cours d'une carrière éminemment délicate et difficile.

Ils nous ont donné le goût, par l'exemple, de la probité et du dévouement dans l'exercice de notre profession.

Ils nous ont communiqué le désir de connaître les mystères de la nature et de nous pencher sur les problèmes qu'elle nous soumet, en même temps que d'employer nos faibles moyens à soulager notre prochain dans la limite du possible.

Ils nous ont appris, enfin et surtout, toute la puissance médicatrice de la nature, et l'application prudente et judicieuse d'une pharmacopée dont la connaissance doit être parfaite afin de *primum non nocere*!

Moins qu'à tout autre, il nous est permis, d'ailleurs, à nous, médecins militaires, de laisser place à la paresse, à la négligence ou à l'ignorance.

Nous avons l'impérieux devoir de travailler pour connaître notre métier le mieux possible : nos malades ne nous choisissent pas, nous leur sommes imposés.

Le port d'un uniforme ne nous fera pas oublier que le bon médecin est en même temps un médecin bon! Mais il nous suffira d'imiter, pour cela, nos aînés.

Quelle lueur d'espérance s'allume au fond des yeux du malade, du blessé, quand son médecin arrive !

Avec quelle anxiété, quelle crainte, quel espoir ou quelle joie scrute-t-il son visage, suit-il ses gestes; ses paroles sont attendues, elles se gravent dans la mémoire.

A son départ, la visite finie, quels regards de regret qui voudraient retenir :

« Le médecin guérit quelquefois, soulage souvent, console toujours. »

Tous nos efforts tendront à être dignes de ceux qui nous ont enseigné, et ce sera notre remerciement et notre hommage que mettre en pratique leurs leçons.

Nous n'aurons pas comme idéal cet axiome du philosophe : « Tout comprendre pour tout aimer », beaucoup trop orgueilleux et trop vaste pour nous, mais celui plus modeste et plus réalisable : « Essayer de beaucoup comprendre pour pouvoir beaucoup plus et beaucoup mieux aimer », en disant avec Virgile : « *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.* »

d'hygiène et de médecine légale (1^{re} série, t. IV, p. 420), un article sur « *Un nouveau signe de mort* ».

Il ne se départissait pas cependant d'une prudence toute médicale et n'affirmait rien d'absolu. « Car, disait-il, dès le début, la certitude des signes de la mort dépend surtout, si l'on excepte la putréfaction commençante, de leur réunion et de leur durée. Ainsi, tel signe qui est douteux pris isolément et pendant un instant cesse de l'être s'il se présente avec tels autres et depuis quelque temps. »

A quelques signes équivoques pris isolément, tels « la pâleur, la couleur plombée ou livide de la peau, l'expression cadavéreuse de la face, le relâchement des sphincters, les vergetures, les lividités, la couleur jaunâtre de la paume des mains, ou de la plante des pieds, la disparition des exanthèmes, etc. », l'auteur ajoutait la flexion de la première phalange du pouce, recouvert par les autres doigts.

Il écrivait : « Quand la mort est réelle, les quatre derniers doigts de la main sont donc rapprochés et fléchis, et le pouce recouvert par eux... ».

La fin sceptique balance le début prudent, puisque « toutefois, je crois qu'il (ce signe) manque souvent », concluait L.-R. Villermé.

Peut-on vraiment accorder une importance de quelque nature à l'attitude des doigts dans la mort ?

Peut-on en tirer une conclusion quelconque ?

La mort fige les membres dans l'attitude suprême quand il y a spasme cadavérique, ou bien elle laisse au cadavre un temps de répit, semble-t-il, avant de le livrer à la rigidité.

Aucun des segments du corps n'échappe à cette loi : les mains et les doigts, comme les autres parties, seront soumises à la rigidité.

Mais leur attitude sera différente suivant les individus et suivant le temps écoulé depuis le décès.

Le caractère variable de cette position ne lui permet pas, évidemment, de constituer par elle seule un signe certain de mort. Icard la classe même dans les signes douteux. Dans

certains cas, cependant, son observation peut avoir de l'importance; c'est, en effet, en Médecine légale qu'elle acquiert toute sa valeur.

Non seulement, elle concourra aux signes de mort, mais encore elle pourra servir à résoudre quelques problèmes :

On découvre un cadavre : sa mort est-elle naturelle? — s'agit-il d'un suicide? — un crime a-t-il été commis?

La position du corps, celle des membres, les renseignements importants fournis par l'aspect des lieux et les éléments apportés par l'enquête policière suffiront, en général, pour fournir une réponse.

La photographie aura d'ailleurs, très souvent, fixé le souvenir par l'image, reléguant au second plan les constatations immédiates de détail.

Mais parfois ce moyen se montrera insuffisant ou même manquera : le moindre fait peut acquérir alors, ultérieurement, une importance considérable.

Nous n'en voulons pour exemple que le cas rapporté par M. le Professeur Lande : nous l'examinerons au cours de notre travail.

Il peut arriver, d'autres fois, qu'un assassin expert, qu'un criminel subtil, déplace le corps et monte une mise en scène, simulant un suicide ou une mort naturelle : beaucoup de détails auront été envisagés, presque tous, mais les mains, songera-t-on à leur position, pensera-t-on aux doigts, surtout ?

Si le bandit veut faire croire au suicide, il essaiera, sans doute, d'introduire une arme dans la main du mort. Cette main se fera-t-elle son complice en se crispant sur cet objet trompeur, ou sera-t-elle vengeresse en le laissant tomber ?

Y a-t-il eu lutte ? Les doigts repliés garderont parfois le test accusateur.

Cependant, pour baser une affirmation sur la modalité du décès d'après cette simple donnée de position anormale des doigts, il faudrait qu'une position normale fût comme dans la mort naturelle.

Existe-t-elle? Est-elle univoque ou varie-t-elle avec les individus, avec le genre de décès?

Nous avons essayé de répondre à ces questions par l'examen de cadavres décédés paisiblement dans les salles de l'Hôpital Saint-André et de ceux envoyés à l'Institut médico-légal, victimes de crimes, de suicides divers, d'accidents ou de mort naturelle.

L'attitude cadavérique résultant :

soit du spasme;

soit de la rigidité cadavérique,

nous croyons utile de définir ces deux termes et d'en présenter les explications données par les divers auteurs.

Nous exposerons ensuite les positions normales et anormales des doigts glanées dans la littérature médicale.

Nous fournirons, alors, le résultat de nos observations personnelles.

Et nous terminerons, en essayant de tirer de ce modeste travail une conclusion pratique au point de vue médico-légal :

« *De minime minima curamus !* »

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La mort, dont tant de définitions furent et sont données, reste, pourtant, dans son essence même, bien mystérieuse.

Le néant, la nuit éternelle pour les uns, une existence nouvelle, toute spirituelle, pour d'autres, serait l'aboutissement de ce que nous appelons : la vie.

La vie, la mort ! Deux termes opposés et qui pourtant se touchent et se rejoignent. Tout, à notre entour, suit rigoureusement ce cycle plus ou moins bref, plus ou moins long.

Quelques mortels, sans doute, aspirent en l'au-delà, souhaitant les douceurs d'une vie céleste; quelques autres pensent avec délice au calme suprême, au repos éternel sous les ombrages élyséens.

Mais combien plus redoutent cette « dernière heure », où les doigts décharnés de la camarade viendront griffer leur cœur, l'enserrant dans l'étreinte impitoyable où ses battements cesseront à jamais !

La flamme de la vie qui palpite et qui meurt s'est-elle éteinte pour toujours ? Un souffle léger et bienfaisant ne pourra-t-il rallumer la modeste étincelle ? Et, d'ailleurs, est-elle vraiment bien morte ?

Le « *Mors certa, mors incerta, moriendum esse certum omnino, mortuum esse incertum aliquando* » de Winslow est aussi l'avis d'un grand nombre de gens.

Car, si un tête-à-tête avec Carron, sur les flots noirs du Styx, n'enchanterait que peu de personnes, un réveil solitaire dans la prison étroite du cercueil, au fond d'un tombeau ou sous quelques pans de terre, en épouvante beaucoup.

Les histoires plus ou moins véridiques colportées de-ci de-là, les faits plus ou moins certains affirmés, mais jamais confirmés, apportent crainte et trouble chez les esprits timorés.

D'où des discussions au Sénat, qui, par quatre fois, de 1863 à 1866, s'occupe de la question pour réglementer les constatations de décès et éviter les inhumations prématurées. Un membre de la Haute Assemblée, un prélat, le cardinal Donnet, archevêque de Bordeaux, vint même déclarer à la tribune, avoir failli être victime, lui-même, dans sa jeunesse, d'une erreur de diagnostic et avoir été considéré comme mort.

Des mécènes, dont beaucoup, sans doute, craignaient pour eux-mêmes une séparation anticipée d'avec leurs biens terrestres, créèrent des concours; on eut les prix : Maussi, d'Ourches, Dugaste, et les chercheurs s'ingénierent à trouver de nouveaux signes certains de mort.

L'attention ayant été attirée sur cette question, des savants désintéressés s'en occupèrent, et l'affaire n'est pas close, puisque aujourd'hui encore des moyens infaillibles pour diagnostiquer une mort certaine nous sont proposés.

C'est ainsi qu'en 1830, L. Villermé, chirurgien, écrit dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* qu'au cours de sa carrière, tant dans les hôpitaux que sur les champs de bataille, il avait pu observer un signe constant chez les cadavres. Par conséquent, il pouvait devenir signe de mort certaine. Mais, évitant l'exagération, M. Villermé le voulait accompagné des autres signes de la mort !

Il écrit, en effet, sous le titre « Sur un nouveau signe de mort », les lignes suivantes : « La certitude des signes de la mort dépend surtout, si l'on excepte la putréfaction commençante, de leur réunion et de leur durée.

» Ainsi, tel signe qui est douteux quand on le considère isolément et pendant un instant, cesse de l'être s'il se présente avec tels autres et depuis quelque temps.

» Parmi ces signes équivoques pris isolément, les plus incertains sont la pâleur, la couleur plombée ou livide de la peau, l'expression cadavéreuse de la face, le relâchement des sphincters, les vergetures, les lividités, la couleur jaunâtre de la paume des mains ou de la plante des pieds, la disparition des exanthèmes, etc. A cette liste, j'ajouterai la flexion de la première phalange du pouce, que les autres doigts recouvrent, dont je ne sache point qu'on ait parlé jusqu'ici.

» Quand la mort est réelle, les quatre derniers doigts de la main sont donc rapprochés et fléchis, et le pouce recouvert par eux, presque toujours dirigé dans le creux de la main, vers la racine du petit doigt; et ses deux phalanges, dont la première se trouve seule dans la flexion, sont ordinairement étendues l'une sur l'autre. Lorsqu'une force extérieure accidentelle a écarté le pouce des autres doigts ou étendu ceux-ci, ils n'offrent plus cette disposition.

» J'avais observé le signe que j'indique sur les champs de bataille et dans les salles de morts des hôpitaux, mais sans y attacher beaucoup d'importance; c'est M. Breschet qui a appelé mon attention sur sa valeur. Les peintres n'ont donc pas consulté la nature quand ils représentent des cadavres dont les doigts, et surtout le pouce, sont écartés et étendus, ou plutôt ils ne le sont que parce que les cadavres qui servent à leurs études ont été pris par les mains, dont on a ainsi étendu les doigts pour les placer sur la table.

» C'est la même cause qui fait que, dans nos salles de dissection, les mains des cadavres sont si souvent ouvertes.

» Je ne sais point s'il y a ou non des circonstances, autres qu'une force accidentelle extérieure, qui s'oppose parfois à l'apparition du signe que je viens de décrire, ni par conséquent si, abstraction faite de la force dont il s'agit, ce signe

peut ou non manquer; toutefois, je crois qu'il manque souvent. »

« Il manque souvent », avoue donc Villermé; sept fois sur dix, répond Josat en 1834, dans : *De la mort et de ses caractères; nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés.*

Depuis, les divers auteurs reflètent ces deux opinions; ainsi Devèrgie, Thoinot, Balthazard, dans leurs *Précis* respectifs de médecine légale; de même Tourdes, dans l'article « Mort » du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, et aussi Icard, dans : *La mort réelle et la mort apparente*, où il donne d'excellents signes de mort certaine, lui attribue une faible valeur probatoire.

Lacassagne, dans son *Précis de médecine légale*, et après lui Etienne Martin, après avoir présenté les opinions précédentes, comparent, eux, l'attitude des doigts chez le cadavre à celle qu'ils ont chez le dormeur.

Evidemment, la mort est un sommeil, un sommeil sans rêve, mais, hélas, sans réveil ! Il y a une différence assez grande entre un état rattaché à la vie et celui qui en est séparé à jamais. Mais « ceci est une autre histoire »; nous nous en occuperons, en passant, un peu plus loin.

Pour le moment, puisque la rigidité conditionne le plus souvent le maintien de l'attitude après la mort, qu'est-ce que la rigidité cadavérique ?

CHAPITRE II

RIGIDITE CADAVERIQUE

Quand la flamme de la vie s'est éteinte, tout le corps, comme fatigué par sa lutte contre le néant, se laisse aller, le plus souvent s'abandonne dans une détente complète. Attitude de repos, dit-on. D'où l'immobilité, la flaccidité de tous les membres, ont été donnés comme signe immédiat de mort. Au bout de quelques heures, cependant, dans une velléité dernière de résistance, semble-t-il, les muscles se raidissent, l'attitude se fige : C'est la rigidité cadavérique.

Elle est telle qu'il est impossible de faire exécuter des mouvements de flexion aux membres du cadavre. Lorsqu'on soulève ce dernier, il n'obéit plus aux lois de la pesanteur, car, si on le saisit par ses deux extrémités, la partie intermédiaire ne s'incurve pas.

On peut la définir : « Un état de rétraction et de raideur qui survient dans les muscles après le décès. C'est un phénomène chimique qui indique la mort des éléments du muscle. » (Lacassagne.)

On pourrait croire qu'elle est la conséquence d'une ankylose généralisée à toutes les articulations. Or, si on enlève la peau, les aponévroses, les ligaments, les capsules synoviales, on ne peut la vaincre, à la seule condition de respecter les tendons musculaires.

Au contraire, si on coupe les muscles, en respectant les articulations, la mobilité des membres est complète. Cependant, il faut remarquer qu'elle n'existe pas seulement sur les muscles, mais on l'observe encore sur le cœur, les glandes, le cerveau, les reins et les aponévroses.

Elle est constante et apparaît toujours dans des conditions identiques, ce qui donne à croire que les mêmes causes agissent fatalement sur les cadavres. Lacassagne l'explique comme étant une conséquence de la déshydratation cellulaire après la mort :

Quand la circulation sanguine et lymphatique sont arrêtées, la pesanteur, à laquelle le corps reste soumis, crée dans le cadavre une sorte de courant. C'est ce que Brouardel nomme la « circulation *post mortem* ». Ce courant, qui circule évidemment de haut en bas, enlève une partie du liquide nourricier aux différents tissus. C'est la sérosité colorée par l'hémoglobine qui donnera, dans les parties déclives, les lividités cadavériques. La déshydratation de ces tissus causera la désorganisation de la cellule normale et créera la réaction chimique qui détermine la rigidité; c'est le premier terme de la désagrégation de la cellule musculaire. La précipitation des matières albuminoïdes s'ensuit.

Il le prouve en déshydratant un muscle normal par l'éther, le chlorure de calcium, le chloroforme, l'alcool absolu, et en hydratant un organe en état de rigidité. Il conclut, en affirmant que, fatalement, la rigidité apparaît dans un muscle lorsqu'il est privé de circulation et soumis aux lois de la pesanteur.

Avant lui, Nystus, Sommer, Bürdach, Bouchut, pensaient qu'elle était un effet de la contractilité musculaire. Orfila, Béclard, Tréviranus et Louvet la croyaient due à la coagulation du sang et des parties fluides du corps. Deschamp et Josat en mettent la cause dans le système nerveux. Duget dit qu'elle est occasionnée par la disparition de l'agent vital !

Le Professeur Robin estime qu'elle résulte de la coagulation de la synthénine ou myosine qui remplit la fibre musculaire. Sa conception complète, il nous semble, celle de Lacassagne, ou tout au moins elle ne la contredit pas.

Quoi qu'il en soit, c'est au moment où cesse la contractilité musculaire et où la température atteint son degré le plus bas que commencent à apparaître ses premières manifesta-

tions. On est d'accord, actuellement, pour dire qu'elle débute entre la 6^e et la 12^e heure après la mort, qu'elle est généralisée au bout de 18 à 24 heures et qu'elle disparaît au bout de 36 à 48 heures.

Haller dit ne pas l'avoir trouvée sur le cadavre de sa fillette. Il faut penser que l'observation ne pouvait être bien prise, étant donnés les liens qui les unissaient.

On a dit qu'elle pouvait manquer chez les individus tués par la foudre; or, Tourdes l'a vue chez trois cadavres fulgurés.

D'ailleurs, bien peu de contradictions ont été formulées, et on est d'accord pour dire qu'elle s'observe toujours. On l'a même trouvée chez des fœtus morts *in utero*. Une seule exception peut être : lorsque la putréfaction des cadavres est très prompte, ainsi que cela s'observe dans les pays tropicaux, elle serait absente (Garal).

Du reste, elle disparaît quand la putréfaction se manifeste par des signes extérieures, et elle dure moins en été qu'en hiver.

Son intensité, sa durée, le moment de son apparition, varient avec un certain nombre de facteurs.

Elle est précocé chez les vieillards et les affaiblis, et elle dure peu; elle est encore précocé, mais dure longtemps, chez les individus vigoureux, morts rapidement par suicide; elle est tardive et longue chez les asphyxiés par l'oxyde de carbone. Dans ce dernier cas, elle apparaît vers la 14^e ou la 25^e heure, et peut persister plusieurs jours. Elle est retardée jusqu'à 10 à 12 heures chez les décapités.

La rigidité cadavérique est un phénomène constant dans toute la série animale (mammifères, oiseaux, batraciens, poissons, mollusques, insectes, vers).

Louis, le premier, en a fait connaître l'importance. Il observa 500 cadavres environ, et il conclut ainsi : « la flexibilité des membres est un des principaux signes par lequel on peut juger qu'une personne n'est pas morte. » C'est l'opinion admise par le plus grand nombre de praticiens.

Certains auteurs, s'appuyant sur les dires de personnes

étrangères à la médecine, soutiennent qu'on a cru mortes des personnes dont les membres étaient seulement raidis et vivantes d'autres où la mobilité avait semblé persister. Mais, ainsi que le fait remarquer Icard, un médecin expérimenté ne peut confondre la rigidité avec certains états pathologiques. Nous allons envisager ces états.

La congélation est facile à éliminer par certains caractères. D'abord, si on appuie fortement un doigt sur la peau d'un individu congelé, il se produit un godet qui persiste longtemps. Si on lui fléchit ensuite un membre, on entend un bruit, comparé par Devergie au « cri de l'étain », causé par la fracture des petits glaçons formés dans les vacuoles de tissu cellulaire. D'ailleurs, aucun mouvement articulaire ne peut se produire, si on déploie un effort normal, dans la congélation, alors que dans la rigidité on peut fléchir un peu les articulations (coude, genou).

Dans la raideur convulsive ou tétanique, les muscles sont durs et inégalement contractés, alors que les antagonistes sont relâchés. Dans la rigidité, la tension est la même pour tous les muscles, et si on arrive à la vaincre, le membre reprend peu à peu sa raideur première, alors qu'il revient immédiatement à sa position originelle dans la raideur convulsive.

Dans certaines syncopes, la raideur se manifeste aussitôt après, mais le ventre et la poitrine sont chauds, alors que la raideur cadavérique s'observe au bout d'un certain temps et après disparition de la chaleur.

Chez les asphyxiés encore vivants, la raideur se manifeste bien avant le moment où on la trouverait chez le cadavre.

L'attitude générale du cadavre est déterminée par l'action de la pesanteur et par la situation du corps au dernier moment de la vie; le plus souvent, le corps est dans le décubitus dorsal, les membres à demi fléchis, la tête inclinée, la pointe du pied tournée en dehors.

Le pouce fléchi vers la paume de la main est un signe de la mort qui a été décrit par Villermé. Il serait exactement

enveloppé par les autres doigts, placés aussi dans la flexion.

Or, Devergie a vérifié quelle pouvait être la valeur attribuée à ce signe sur de nombreux individus morts, et il assure qu'il n'est pas constant.

On le trouverait dans tous les cas de décès où il y a serrement de la main, contraction des fléchisseurs des doigts dans les derniers moments de la vie, et qu'il découle naturellement de cette flexion. Souvent, la mort apparaît sans que ce mouvement convulsif se produise; aussi, on observe le plus souvent, dit-il, le pouce aussi relevé que les autres doigts.

Après la mort, les mains sont plutôt fermées qu'ouvertes, et la rigidité cadavérique courbe un peu les doigts. Cette attitude fléchie appartient bien au tableau de la mort.

Sur un tel cadavre (dans le décubitus dorsal), la rigidité commence par les mâchoires, le plus souvent, puis elle gagne le tronc et le cou, les membres thoraciques et les membres inférieurs finalement. Lorsqu'elle disparaît, elle suit la même marche. Elle cesse d'abord à la mâchoire, au cou et au tronc, puis aux membres thoraciques et enfin aux membres abdominaux.

Quand elle se développe, il résulte un léger changement dans l'attitude du corps, la flexion des membres étant plus prononcée. Cette attitude est quelquefois déterminée par le genre de mort, et, plus que l'expression du visage, elle révèle ce que furent les derniers moments de la vie. C'est ainsi qu'on a vu de nombreuses fois sur les champs de bataille des soldats morts à la suite de blessures de l'abdomen : Le corps était plié, couché sur le côté, la face crispée et les mains pliées contre le ventre.

Il faut remarquer que l'ordre d'envahissement décrit plus haut dans le cas du cadavre dans le décubitus dorsal peut être modifié dans son apparition et sa marche par des changements d'attitude, des injections de liquides déshydratants;

De même chaque fois qu'il y a une déshydratation précoce des tissus musculaires (saignée à blanc, mort par la chaleur extérieure, surmenage, etc.).

Elle raccourcit les muscles : Tourdes a démontré qu'elle rapproche ainsi les maxillaires. Il observe un rapprochement de 8 à 10 centimètres entre le moment de la mort et celui où les mâchoires devenaient raides, quelques heures après. Ce qui est important, c'est que ce rapprochement se vérifie encore pour d'autres muscles. Si on place le pouce et l'index d'un mort à 1 centimètre de distance, cet espace s'efface successivement et, au bout de cinq heures, les doigts arrivent à se toucher, dit-il.

Dans les circonstances ordinaires, la rigidité envahit les muscles dans la situation qu'ils occupent au moment où ils sont relâchés.

Ce relâchement porte parfois sur des muscles dont l'action antagoniste est inégale.

Aussi, certaines positions, qui montrent un mouvement particulier du muscle, peuvent être conservées par le cadavre.

C'est ainsi que le poing peut être presque complètement fermé. Cela est important en médecine légale, comme nous le verrons dans un article ultérieur.

On constatera que nos observations sont, en tous points concordantes, en ce qui concerne la rigidité cadavérique, quant à sa date et à ses conditions d'apparition et quant à sa durée, avec les données classiques décrites au cours de cet exposé.

Quant aux positions des doigts, nous verrons qu'une variété assez grande préside à leur tenue, sans cependant s'écarter, en règle générale, du type *fléchi* classique. Nous nous occuperons, auparavant, du spasme cadavérique, si important, et nous en donnerons quelques exemples.

CHAPITRE III

SPASME CADAVERIQUE

C'est la rigidité cataleptigène des auteurs allemands (Du bois-Raymond).

On le définit comme étant « une rigidité cadavérique particulière, succédant sans transition à une contraction musculaire vitale ultime, et fixant instantanément et sans modification cette contracture sur le cadavre » (Thoinot).

Il se différencie nettement de la rigidité précoce. Dans cette dernière, l'apparition du phénomène est toujours précédée d'un relâchement musculaire.

Quant au spasme cadavérique, il constitue un stade de transition entre la dernière contraction musculaire vitale et la rigidité.

D'où le fait important que la rigidité précoce — mis à part les cas où elle aurait été elle-même précédée de spasme — ne fixe pas une position, prise dans les derniers moments de la vie, lorsqu'elle est contraire aux lois de la pesanteur, car cette position est détruite quand arrive le relâchement musculaire.

Certains auteurs n'ont pas séparé les deux phénomènes : « Brown-Séguard pense que la rigidité cadavérique dépend d'une contracture qui commence ou se continue après la mort générale. » (Thoinot.)

On comprend que la séparation du spasme et de la rigidité soit purement symptomatique, mais on est obligé de se contenter de cela, car on connaît mal la nature vraie de la rigidité, phénomène de mort musculaire.

Les constatations faites par de nombreux auteurs semblent montrer que « le spasme cadavérique est la continuation vraie du phénomène vital de la contraction musculaire » (Thoinot).

L'exemple du tétanos, les affections convulsivantes, l'intoxication par la strychnine, faisaient penser que la rigidité cadavérique pouvait apparaître aussitôt après la mort et continuer une contracture vitale. Telle est l'opinion de Sommer, Haller, Gentz, Engel, Kussmaül, Tourdes.

D'autres auteurs, tels Maschka et Hoffmann, estimaient que les attitudes singulières que l'on trouve dans le spasme n'étaient que fortuites, dues à des circonstances accidentelles. Elles ne se seraient maintenues que grâce à l'apparition de la rigidité ordinaire.

Cependant, à l'heure actuelle, tous les auteurs acceptent la réalité du spasme, dont de nombreux médecins militaires ont recueilli d'incontestables observations sur les champs de bataille. Ce sont celles de Perrier, Armand, Chenu, pour la guerre de Crimée et la guerre d'Italie, de Neudenfer et Brinton pour la guerre de Sécession et de Rossbach pour la guerre franco-allemande.

Lacassagne et Martin ont donné de belles études de spasme cadavérique.

On pense que ce serait une sorte de transition entre la contracture vitale et la rigidité cadavérique, qu'elle relie l'un à l'autre sans qu'il y ait un intervalle de relâchement musculaire.

Il peut être généralisé ou partiel, selon qu'il fixe le corps tout entier dans l'attitude de l'ultime minute de la vie ou qu'il conserve une contracture limitée, à ce moment-là, à une partie du corps.

On a noté des attitudes singulières à la suite de la fulguration et sur les champs de bataille.

Perrier cite le cas d'un soldat russe qui, à l'Alma, était couché sur le côté, les genoux fléchis, les mains levées et

jointes, la tête renversée en arrière, semblant murmurer une prière suprême.

Arnaud, en 1880, a observé une série de onze militaires qui s'étaient suicidés d'une balle de fusil dans la tête. Il les a trouvés l'arme aux mains, à peu près « comme on tient un flageolet » et le gros orteil du pied droit appuyé sur la ficelle fixée à la gâchette pour faire partir le coup.

Dans la pratique médico-légale courante, nous pouvons citer le cas d'Etienne Martin, que nous examinerons plus loin au chapitre VII.

Ces quelques exemples se rapportent à des cas de spasme généralisé.

Dans le spasme localisé, il y a soit la conservation d'une expression ultime de la physionomie, soit la conservation de l'attitude d'une partie seulement du corps.

C'est ainsi que Brinton nous cite, pendant la guerre de Sécession, un soldat de 18 ans, tué d'un coup de feu au cœur, et qui est trouvé le bras droit fortement étendu au-dessus de la tête, la main tenant son képi; son visage était souriant.

Rossbach observa six soldats français, tués par l'éclatement d'un obus. Ils déjeunaient dans un repli de terrain; l'un d'eux levait vers sa bouche un gobelet d'étain, qu'il tenait entre le pouce et l'index. Un éclat lui enleva le crâne et la face, à l'exception du maxillaire inférieur. Le cadavre était soutenu par le terrain et les cadavres voisins qui formaient rempart; il fut trouvé dans cette position, le gobelet encore en main et approché de la mâchoire inférieure.

A ce spasme cadavérique localisé se rattache l'intéressante question du maintien d'une arme par la main du cadavre. Ce signe a une grande valeur médico-légale, dont nous essaierons de montrer toute l'importance dans notre chapitre VII.

Il semble en définitive que le spasme cadavérique s'observe dans deux circonstances :

1° lorsqu'un sujet est mort d'une maladie s'accompagnant de convulsions généralisées, comme dans le cas du tétanos, de l'empoisonnement par la strychnine, par exemple;

2° dans les morts violentes par coups de feu le plus souvent. C'est le cas des cadavres trouvés sur les champs de bataille, des suicidés, des assassinés.

Il semble conditionné par le genre de mort et le genre de blessure.

Il faut que cette mort soit soudaine, surprenant l'individu en pleine contraction musculaire, celle-ci étant localisée ou généralisée.

Rossbach estime que la blessure n'a pas d'influence, puisqu'il cite le cas d'un soldat, le corps plié, couché sur le côté, la face crispée et les mains serrées contre le ventre, où il a reçu sa blessure mortelle.

Brinton, lui, dit qu'il y a spasme cadavérique seulement lorsque le coup de feu a frappé le front ou le cœur.

La plupart des autres auteurs estiment qu'il faut une blessure des centres nerveux supérieurs; Schroff et Falk la situent à la partie supérieure de la moelle; Etienne-Martin pense qu'il faut une atteinte de la région bulbo-protubérantielle. Brown-Séquard croit nécessaire une lésion du cervelet.

Nous avons donné au cours de ce chapitre, pour les besoins immédiats de la démonstration, quelques exemples de spasme cadavérique généralisé ou localisé. Nous allons présenter, maintenant, en un chapitre spécial, une suite d'observations de spasme cadavérique.

CHAPITRE IV

EXEMPLES DE SPASME CADAVERIQUE

Si nous avons pu recueillir de nombreuses observations de cadavres dont la mort est due à des causes diverses, si nous avons pu constater ainsi la justesse des données classiques au sujet du temps d'apparition et de la durée de la rigidité cadavérique, par contre, il nous a été impossible d'observer un cas de spasme cadavérique.

Les champs de bataille sont maintenant, tout au moins chez nous, et heureusement, devenus des champs de paix, et notre jeune âge ne nous a pas permis d'assister, autrement qu'en spectateur, à la grande tourmente qui a secoué le monde de 1914 à 1918.

En temps de paix, à cause des conditions particulières pour que se produise le spasme cadavérique, sa constatation est assez rare. Cependant, parce que, pendant un an, nous n'avons pas eu l'occasion de le voir, nous n'en concluons pas qu'il est inexistant ou très exceptionnel.

Avec la fâcheuse tendance actuelle à jouer du revolver sous des prétextes futiles, et dans une ville aux mœurs moins pacifiques qu'à Bordeaux, il est hors de doute qu'on doit le rencontrer de temps à autre.

En effet, à Bordeaux, où nous avons fait nos recherches, il ne nous a été donné que trois fois d'examiner une victime du revolver : soit assassinat, soit suicide.

Nous serons donc obligé de nous contenter du témoignage de nos aînés. Nous avons relevé dans la littérature médicale

quelques cas de spasme cadavérique, cités par les médecins militaires et constatés sur les champs de bataille. Ce sont des cas assez connus, puisque ces guerres sont déjà anciennes. Mais qu'importe l'époque : l'exactitude n'a pas de date !

Pendant la guerre de Sécession, un cavalier Sudiste est surpris au moment où il veut monter à cheval. Il est debout, le pied gauche dans l'étrier, le pied droit à terre, la main droite à la crinière de son cheval, la main gauche serrant sa carabine dont la crosse est appuyée à terre, la face tournée à droite, regardant l'ennemi. On s'approche, et l'on reconnaît qu'il est mort et en complète rigidité. On eut beaucoup de peine à détacher les mains de la crinière et de la carabine. Deux balles l'avaient atteint : l'une avait traversé la poitrine, l'autre avait pénétré dans la tempe droite.

Pendant la guerre russo-japonaise, le prince Radziwil, parcourant un champ de bataille, vit, au milieu d'un monceau de cadavres, un Russe enlaçant dans une étreinte sauvage un japonais, qui tenait dans son mouchoir la gorge du Russe, tandis que deux doigts de ce dernier étaient enfoncés dans les orbites de son adversaire. On eût dit que la lutte continuait (Icard, *Le danger de la mort apparente sur les champs de bataille*, Maloine, éd. 1905).

Le spasme, nous l'avons vu plus haut, est quelquefois localisé à la face ou à un membre, conservant ainsi une expression ou une attitude.

On trouve dans les *Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1860, les lignes suivantes du médecin-major Armand.

« De tous les spectacles, le plus saisissant était de contempler, le soir, à Magenta, les amoncellements de cadavres apportés aux bords de longues et profondes tranchées qu'on creusait pour les inhumer. La plupart de ces figures étaient pâles sans doute, mais elles n'étaient pas livides, et, sur ces mâles figures, il y avait tant d'énergique expression, tant de vie dans la mort, qu'on eût été tenté de crier

à leurs camarades creusant leurs fosses : « Pas encore ! Attendez ! Attendez ! »

Et plus loin : « Plusieurs figures semblaient sourire; d'autres étaient encore menaçantes; quelques cadavres avaient des faces funèbres... D'autres étaient restés le genou en terre, serrant convulsivement leur arme et mordant la cartouche. Plusieurs avaient le bras levé, soit qu'ils eussent cherché à parer un coup, soit qu'ils eussent formulé une prière suprême en rendant le dernier soupir. Toutes ces figures étaient pâles; et le vent, qui soufflait avec force, semblait ranimer ces cadavres. On eût dit que ces longues files de morts allaient se relever pour recommencer la lutte. »

Dans son récit de la bataille de l'Alma, le Docteur Perrier fait la relation suivante : « Comme je parcourais le champ de bataille, mon étonnement fut grand en apercevant, çà et là, bon nombre de cadavres russes qui conservaient des attitudes et une expression de figure offrant encore l'image de la vie. Quelques-uns paraissaient se tordre dans les angoisses de la douleur et du désespoir; mais la plupart avaient l'air empreint de calme et de pieuse résignation; quelques autres semblaient avoir la parole sur les lèvres et sourire au ciel avec une sorte de béatitude exaltée. L'un de ceux-ci attira mon attention, et je ne pouvais me lasser de le faire remarquer aux personnes qui m'accompagnaient : il était couché un peu sur le côté, les genoux fléchis, les mains levées et jointes, la tête renversée en arrière; et l'on eût dit qu'il murmurait une prière suprême. »

Plus près de nous, pendant la dernière guerre, des cas de ce genre ne manquèrent pas à cause de sa durée, du nombre de combattants, de la qualité et de la variété des projectiles employés.

Il suffit de feuilleter les journaux illustrés, parus jadis, pour en trouver confirmation.

Ainsi ce buveur à qui une balle fracassa le verre et enleva la vie, laissant un cadavre dont la main crispée au bout d'un bras levé et replié, tient un objet invisible à hauteur de la bouche figée en un rictus suprême.

Partie de cartes tragique, où l'on voit autour d'une table improvisée, quatre partenaires, les cartes à la main, dont l'un va abattre la sienne du geste triomphal du vainqueur, sidérés par la chute proche d'un projectile, dans cette attitude qui semble leur garder la vie.

Mais si les cas de ce genre manquent du contrôle scientifique, nous citerons un cas observé par M. le Professeur Lande : Deux soldats creusent leur trou individuel; accroupis au fond de celui-ci, ils sont tués par des éclats d'obus et conservent leurs mains crispées sur le manche de leur pelle, dans l'attitude qu'ils avaient avant la mort.

En temps de paix, et c'est là le point de vue intéressant en ce qui concerne la médecine légale, les cas de spasme, comme nous le disions plus haut, ne doivent pas être exceptionnels. Mais encore faut-il que les conditions requises pour son apparition soient remplies.

Nous présenterons ce cas de M. le Professeur Lande :

Une femme nettoyant son appartement est assassinée et trouvée morte, mais tenant dans sa main droite crispée, le chiffon dont elle se servait dans ses usages domestiques.

Il y avait eu spasme, et le cas est excessivement intéressant au point de vue médico-légal, à cause de l'appoint capital que ce spasme apportait aux conclusions de l'enquête. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur cet exemple lumineux, au cours de notre examen de l'intérêt médico-légal présenté, parfois, par l'attitude des doigts et des mains sur le cadavre.

De même pour les cas de suicides cités l'un par Devergie et l'autre par E. Martin.

Auparavant, nous allons dérouler la série de nos observations de cadavres que nous avons faites pour une minime partie à l'hôpital Saint-André, pour les morts naturelles, et surtout à l'Institut médico-légal, pour les morts violentes ou suspectes, beaucoup de ces dernières étant, cependant, reconnues naturelles.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS PERSONNELLES

I. — Observations de morts naturelles.

A. — OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LES HÔPITAUX (SAINT-ANDRÉ, TONDU, DES ENFANTS).

a) *Services de médecine.*

OBSERVATION 1 (10 novembre 1931).

Femme, 70 ans; agonie calme; assez bon état musculaire.

Examen : une demi-heure après la mort (chaleur encore appréciable).

Mains droite et gauche : Pouce en extension, sa pulpe à 1 centimètre de l'index. Doigts demi fléchis, index à peine fléchi.

Nouvel examen 18 h. 30 plus tard : Rigidité.

Main gauche : Pouce en direction du médius; index à peine fléchi.

Main droite : Pouce allongé contre l'index; doigts comme pour la main gauche.

OBSERVATION 2 (18 novembre 1931).

Homme, 84 ans; congestion pulmonaire; agonie calme; état musculaire bien conservé.

Examen : 46 heures après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce en adduction ne dépassant pas l'index, sous lequel sa deuxième phalange vient se loger.

Tous les autres doigts, y compris l'index, sont demi-fléchis.

OBSERVATION 3.

Homme, 81 ans; congestion pulmonaire; amaigrissement mais non excessif pour l'âge.

Examen : 64 heures après le décès; persistance de la rigidité.

Main droite (seule intéressante, car la main gauche a été touchée) : Pouce dont les phalanges sont allongées en adduction, touche le pli de flexion entre la 1^{re} et la 2^e phalange de l'index, qui est fléchi comme les autres doigts.

OBSERVATION 4.

Homme, 33 ans; pleurésie séro-fibrineuse; état musculaire déficient.

Examen : 24 heures après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce en adduction; phalanges allongées sous l'index demi-fléchi.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 5.

Homme, 37 ans; pneumonie; agonie calme; assez bon état musculaire.

Examen : 48 heures après le décès; rigidité.

Mains gauche et droite : Pouce allongé en adduction contre l'index demi-fléchi.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 6.

Homme, 36 ans; tuberculose; agonie calme; amaigrissement.

Examen : 36 heures après le décès.

Mains droite et gauche : Pouce allongé en adduction, touche l'index.

Les doigts sont allongés.

OBSERVATION 7.

Homme, 51 ans; tuberculose pulmonaire; agonie calme; amaigrissement.

Examen : 13 heures après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce : phalanges allongées, en légère adduction.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 8.

Homme, 48 ans ; congestion pulmonaire; agonie calme; état musculaire moyen.

Examen : 7 heures après la mort; rigidité.

Les mains se touchent : Le pouce allongé et l'index demi-fléchi de la main droite se trouvent entre le médius et l'annulaire fléchis de la main gauche.

Le pouce gauche est allongé et en légère adduction; l'index est demi-fléchi.

OBSERVATION 9 (20 novembre 1931).

Homme, 82 ans; emphyseme, congestion et cardiopathie; agonie calme.

Examen : 24 heures après la mort.

Main gauche : Le pouce en adduction touche la 1^{re} phalange de l'index et se trouve situé au-dessous de lui.

Les doigts sont fléchis.

Main droite : Pouce en adduction et à 1 centimètre au-dessous de l'index demi-fléchi; auriculaire fléchi.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 10.

Femme, 41 ans; pneumonie; agonie calme; état musculaire moyen.

Examen : 31 heures après la mort; rigidité.

Main droite : Pouce situé sous l'index; doigts demi-fléchis.

Main gauche : A été touchée.

OBSERVATION 11.

Femme, 25 ans; tuberculose pulmonaire; agonie calme; amaigrissement marqué.

Examen : 25 heures après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce en adduction vers le médus, arrive à toucher le pli de flexion de l'index.

Les autres doigts sont demi-fléchis; l'auriculaire est fléchi.

OBSERVATION 12.

Femme, 81 ans; cardiopathie et épanchement pleural; agonie calme.

Examen : 11 heures après la mort; rigidité et léger œdème.

Main droite : Pouce en adduction sous l'index; l'index est demi-fléchi et les autres doigts sont fléchis.

Main gauche : Pouce en adduction vers le médus; les 1^{re} et 2^e phalanges sont allongées.

Doigts : phalanges en extension et demi-fléchies sur les métacarpiens.

OBSERVATION 13.

Femme, 69 ans; cardiopathie; agonie longue et calme; pas d'œdème; état musculaire moyen.

Examen : 38 heures après la mort.

Main droite : Pouce en adduction contre l'index légèrement fléchi; l'auriculaire seul est fléchi.

Main gauche : Pouce en adduction légère à 1 centimètre de l'index, légèrement fléchi comme les autres doigts.

OBSERVATION 14 (7 décembre 1931).

Femme, 74 ans; néoplasme du péritoine; agonie longue et calme, état musculaire assez faible.

Examen : 23 heures après la mort; rigidité.

Main droite : Pouce allongé, en adduction légère contre l'index; tous les doigts sont allongés.

Main gauche : Pouce en adduction contre l'index demi-fléchi comme les autres doigts.

OBSERVATION 15 (9 décembre 1932).

Femme, 47 ans; cirrhose atrophique (ictère grave); agonie longue et pénible; état musculaire assez bon.

Examen : 20 heures après le décès; rigidité.

Main gauche : Pouce allongé en abduction ainsi que le métacarpien; les autres doigts sont légèrement fléchis.

Main droite : Pouce en adduction sous l'index, demi-fléchi comme les autres doigts.

OBSERVATION 16 (14 avril 1932).

Homme, 40 ans environ; cancer du poumon droit; état cachectique avec amaigrissement considérable et perte des forces.

Examen : 36 heures après le décès; rigidité disparue.

Mains droite et gauche : Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre; légère flexion sur le métacarpien; adduction contre l'index. Doigts : très légèrement fléchis quant à la 1^{re} phalange sur le métacarpien; seule, la 3^e phalange est un peu plus fléchie sur la 2^e.

OBSERVATION 17 (23 avril 1932).

Homme, 55 ans; asystolie, congestion pulmonaire; infarctus pulmonaire et hydrothorax; cyanose très marquée des extrémités et de la face; agonie assez lente mais douce; sujet peu musclé.

Examen : 13 heures après le décès; rigidité.

Main gauche : Pouce : phalanges fléchies sur le métacarpien et adduction sous l'index,

Les doigts sont allongés presque complètement.

Main droite : Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre; fléchies sur le métacarpien et en adduction contre l'index.

Les doigts sont fléchis sans que le poing cependant soit fermé; l'index est un peu moins fléchi que les autres doigts.

OBSERVATION 18 (8 décembre 1931).

Homme, 70 ans; misère physiologique; agonie calme.

Examen : 18 heures après la mort; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce en adduction vers le médus.

Les autres doigts sont très légèrement fléchis.

OBSERVATION 19.

Garçon, 8 jours; débilité congénitale.

Examen : 8 heures après le décès.

Main droite : Pouce : phalanges allongées et en adduction contre l'index demi fléchi.

Les trois derniers doigts sont pliés.

Main gauche : Le pouce est placé contre l'index et les doigts sont pliés.

OBSERVATION 20.

Nouveau-né; quelques mouvements respiratoires; œdème généralisé.

Examen : 8 heures après la mort.

Pouce : phalanges allongées et écartées de l'index d'un angle de 35 degrés environ.

Les doigts sont demi-fléchis.

b) *Services de chirurgie.*

OBSERVATION 21 (20 novembre 1931).

Homme, 18 ans; hémorragie abdominale; pâleur extrême; amaigrissement marqué; agonie calme.

Examen : 23 heures après la mort; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce arrivant contre l'index, sous lequel il se glisse légèrement.

Les doigts sont légèrement fléchis.

OBSERVATION 22 (18 novembre 1931).

Homme, 75 ans; cancer de l'estomac; pâleur et amaigrissement; agonie lente et calme; état musculaire déficient.

Examen : 10 heures après le décès; rigidité.

Main droite : Pouce allongé, en adduction légère et touchant l'index dont les phalanges sont en extension. Les doigts sont fléchis.

Main gauche : Doigts allongés.

OBSERVATION 23 (20 novembre 1931).

Homme; fracture du crâne avec forte hémorragie.

Examen : 41 heures après la mort.

Main droite : Pouce en adduction sous l'index légèrement fléchi, comme les autres doigts.

Main gauche : Pouce en adduction très faible, à 1 centimètre de l'index demi-fléchi, comme les autres doigts.

OBSERVATION 24.

Homme, 35 ans; affection abdominale (tuberculose péritonéale¹⁾); amaigrissement; agonie calme.

Examen : 9 heures après le décès.

Mains droite et gauche : Pouce en adduction contre l'index demi-fléchi, comme les autres doigts.

B. — OBSERVATIONS RECUEILLIES A L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL.

(*Décès de cause indéfinie ou naturelle.*)

OBSERVATION 25 (22 décembre 1931).

Homme, 30 ans; mort naturelle.

Examen : 8 jours environ après le décès; rigidité nulle; légère raideur; figure rose ainsi que le haut du thorax. Ecoulement sanguin par les narines et la bouche.

Mains : sur la poitrine.

Pouce : phalanges fléchies légèrement, en adduction; pulpe touchant par le côté l'index fléchi comme les autres doigts.

OBSERVATION 26 (3 janvier 1932).

Femme, 48 ans; sortie de l'hôpital, où elle avait été opérée (cicatrice de laparotomie basse), elle fut trouvée morte chez elle par des voisines.

Examen : 5 jours environ après le décès; la rigidité a disparu et il ne persiste qu'une légère raideur. La tache verte abdominale commence à apparaître à droite sur la fosse iliaque; l'état général paraît assez bien conservé.

Main droite :

Pouce : la 1^{re} phalange est fléchie sur la 2^e et située sous l'index. Les doigts sont trois quarts fléchis.

Main gauche :

Pouce : la 1^{re} phalange est fléchie sur la 2^e et située sous l'index légèrement fléchi comme les autres doigts.

OBSERVATION 27 (9 janvier 1932).

Femme, 55 ans; morte en s'asseyant; amaigrissement.

Examen : 23 heures après la mort; rigidité.

Main droite :

Pouce : les 1^{re} et 2^e phalanges sont légèrement fléchies et en adduction sous l'index.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

Main gauche :

Pouce : même position que ci-dessus, mais moins fléchi sous l'index.

Les doigts sont plus allongés.

OBSERVATION 28 (29 janvier 1932).

Homme; mort subite au commissariat de police, où il était confronté avec sa fille et l'amant de celle-ci; pas de rigidité immédiate.

Examen : 13 h. 30 après le décès; rigidité.

Main gauche :

Pouce : phalanges allongées; demi-fléchi sur le métacarpien et en adduction contre le médius.

Les doigts sont légèrement fléchis.

Main droite :

Pouce : phalanges allongées; demi-fléchi sur le métacarpien et adduction légère sous l'index, dont il est distant de 2 centimètres.

24 heures plus tard, pas de changement.

OBSERVATION 29 (26 février 1932).

Homme, 42 ans; forte corpulence; tatouages multiples; employé à nettoyer un wagon, il est mort subitement.

Examen : 18 heures environ après le décès; rigidité, lividités dorsales, sur les parties postérieure et interne des cuisses et sur la région génitale; face cyanosée; filet de sang issu de l'oreille gauche.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre et demi-fléchies sur le métacarpien; adduction légère contre la pulpe de l'index.

L'index et les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 30 (3 mars 1932).

Homme, 40 ans; Sénégalais; ancien mécanicien de bateaux; avait fait, il y a deux mois environ, une chute dans la cale; sorti de l'hôpital il y a quelques jours pour rejoindre son pays natal, il est mort subitement chez des amis, chez qui il logeait.

Examen : 10 heures environ après le décès; rigidité; solide musculature.

Main gauche : Pouce amputé de sa 2^e phalange, très légèrement fléchi sur le métacarpien; adduction sous l'index, dont il est séparé par environ 1 centimètre.

Les autres doigts ont la même position que dans la main droite.

Main droite :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre, très légèrement fléchies sur le métacarpien; adduction sous l'index (pulpe contre pulpe).

Les autres doigts vont de la demi-flexion à la flexion en allant de l'index (demi-fléchi) à l'auriculaire (fléchi).

OBSERVATION 31 (14 mars 1932).

Homme, 59 ans; mort naturelle; tombé brusquement sur la chaussée; avait souffert du cœur toute la nuit.

Poids, 120 kilos environ; homme gras et grand.

Examen : 27 heures après le décès; rigidité. Lividités abondantes sur les parties déclives et la partie antérieure du thorax; blessure au genou (chute).

Main droite :

Pouce : les 1^{re} et 2^e phalanges sont légèrement fléchies et en extension sur le métacarpien.

L'index est légèrement fléchi et les autres doigts sont fléchis.

Main gauche :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre, légèrement fléchies sur le métacarpien et touchant l'index.

Les autres doigts sont légèrement fléchis.

OBSERVATION 32.

Homme, 59 ans; mort subite; le médecin qui l'a examiné aussitôt conclut à une mort naturelle; assez bon état musculaire.

Examen : 3 heures après la mort; pas de rigidité.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre, légèrement fléchies sur le métacarpien; adduction légère sous l'index (1^{re} articulation). L'index est très légèrement fléchi, de même que les autres doigts.

Sujet d'une expérience dont nous donnerons les détails au chapitre VII.

OBSERVATION 33 (10 mai 1932).

Homme, 21 ans; mort subite au moment où il allait prendre le train.

Examen : 4 heures environ après la mort; début de rigidité; traces de ventouses simples et scarifiées à la partie antérieure de l'hémi-thorax gauche; œdème marqué des pieds et des jambes.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées, légèrement fléchies sur le métacarpien. Ne touche pas l'index, dont il est proche.

Les autres doigts sont légèrement fléchis; l'index très peu.

17 heures plus tard, le pouce touche l'index demi-fléchi, et les autres doigts touchent presque la paume de la main.

OBSERVATION 34 (3 juin 1932).

Femme, 66 ans; mort naturelle par lésion organique (sans doute congestion cérébrale), face rouge, bouffie, lividités rouge vif.

Examen : 22 heures environ après la mort; rigidité.

Main gauche :

Pouce : phalanges allongées, légèrement fléchies sur le métacarpien; adduction contre l'index.

Les autres doigts sont trois-quarts fléchis, sans toucher la paume.

Main droite :

Pouce : phalanges allongées, demi-fléchies sur le métacarpien; adduction sous l'index et contre le médius.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 35 (22 juin 1932).

Femme, 58 ans environ; mort subite en se baissant pour caresser un chat au moment où elle entraînait dans un établissement pour se reposer, car elle se sentait un peu mal.

Examen : 2 heures après le décès; pas encore de rigidité; musculature faible.

Mains droite et gauche :

Pouce : allongé et séparé de l'index par un intervalle de 2 centimètres.

Les doigts sont très légèrement fléchis.

6 heures après, le pouce touche l'index et les autres doigts sont un peu plus fléchis.

II. — Observations de morts violentes.

(Observations recueillies à l'Institut médico-légal.)

A. — ACCIDENTS (NOYADES, ASPHYXIES, TRAUMATISMES).

a) *Noyades.*

OBSERVATION 36 (16 novembre 1931).

Homme, 29 ans; noyé; demeuré 15 jours dans l'eau. Gonflement énorme de tout le corps. Noirâtre.

Mains droite et gauche : Pouce en extension sur son métacarpien, séparé de l'index.

Doigts très légèrement fléchis.

OBSERVATION 37 (23 novembre 1931).

Homme noyé; gonflé et noir.

Main gauche : Pouce en flexion légère sur son métacarpien.

Main droite : Pouce en extension sur son métacarpien.

Dans les deux mains les doigts sont très légèrement fléchis.

OBSERVATION 38 (1^{er} décembre 1931.)

Homme, 54 ans; resté 1/2 heure dans l'eau; retiré le 30 novembre; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce en extension sur son métacarpien.

Le pouce droit est un peu plus séparé de l'index. Les autres doigts sont légèrement fléchis.

Face violacée ainsi que la partie supérieure du thorax. Lividité dorsale. Pas d'œdème : scrotum et visage normaux.

OBSERVATION 39 (13 décembre 1931).

Fœtus, 6 mois 1/2 environ, dans un bocal d'alcool (séjour indéterminé dans la Garonne).

Main droite : Pouce écarté et en extension; doigts fléchis.

Main gauche : 2^e phalange du pouce fléchie sur l'index, lui-même fléchi, comme les autres doigts.

OBSERVATION 40 (2 mars 1932).

Femme, 62 ans; déformation des jambes en arceau; embonpoint normal.

Examen : peu après la mort; face cyanosée; début de rigidité aux membres inférieurs.

Mains droite et gauche : Pouce en adduction vers le médius; phalanges en extension l'une sur l'autre et fléchies sur le métacarpien.

Les autres doigts sont en demi-flexion.

Nouvel examen : 17 heures après la mort.

Main gauche : elle est un peu plus refermée et le pouce touche la face palmaire du médius.

Sujet d'une expérience dont nous fournirons les détails au chapitre VII.

OBSERVATION 41 (18 mars 1932).

Femme, 32 ans; restée 45 jours dans l'eau; corps bouffi et noirâtre; écoulements sanguinolents; l'œil droit sort presque de l'orbite; desquamation de l'épiderme, sauf aux pieds; nez aplati.

Aux deux mains : Pouce légèrement fléchi sur le métacarpien; phalanges légèrement fléchies l'une sur l'autre.

Index légèrement fléchi.

Les autres doigts sont fléchis mais allongés sur les métacarpiens à droite, non à gauche.

OBSERVATION 42 (3 avril 1932).

Homme, 44 ans; resté 1 mois dans l'eau.

Examen : 3 jours après son retrait; corps très bouffi, noirâtre; écoulements sanguinolents; desquamation presque totale de l'épiderme, sauf quelques plaques sur le corps.

A la plante des pieds, peau encore retenue sur un petit espace, le reste est décollé.

Bourses énormes, veines très dilatées; œdème fétide.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges très légèrement fléchies l'une sur l'autre et sur le métacarpien; en adduction sous l'index.

Index légèrement fléchi, sauf l'articulation de la 2^e et de la 3^e phalange.

Les autres doigts sont en demi-flexion.

OBSERVATION 43 (11 avril 1932).

Femme restée deux heures dans l'eau; assez bon état général.

Examen : 28 heures après la mort; rigidité.

Mains droite et gauche : Doigts pliés.

Pouce gauche : en adduction sous les doigts; phalanges allongées l'une sur l'autre; fléchi sur le métacarpien.

Pouce droit : en dehors des doigts, mais en adduction, contre l'index; phalanges allongées.

OBSERVATION 44 (3 mai 1932).

Homme, 27 ans; resté 12 jours dans l'eau. La face est énorme et cyanosée. Il y a une desquamation presque totale, sauf à la face palmaire des mains et à la face plantaire des pieds.

Mains droite et gauche : Doigts écartés et légèrement fléchis. Phalanges du pouce en extension l'une sur l'autre et légèrement fléchies sur le métacarpien.

OBSERVATION 45 (9 mai 1932).

Homme, 42 ans environ. Resté 15 jours dans l'eau. Face bouffie et cyanosée. Desquamation atteignant les extrémités des membres. Rigidité.

Mains droite et gauche : Doigts légèrement fléchis et un peu écartés.

Phalanges du pouce en extension l'une sur l'autre et légèrement fléchies sur le métacarpien.

OBSERVATION 46 (11 mai 1932).

Homme, 60 ans. Travaillait au déchargement de charbon dans un navire, a glissé et est tombé à l'eau, d'où on l'a retiré quelques minutes après; une heure de respiration artificielle.

Examen : 3 heures environ après la mort. Pas encore de rigidité. Face cyanosée.

Mains droite et gauche : Doigts légèrement fléchis, mais l'index un peu moins que les autres.

Pouce : phalanges en extension, très légèrement fléchies sur le métacarpien; distant de 1 centimètre environ de l'index.

OBSERVATION 47 (24 mai 1932).

Homme. Resté cinq jours dans l'eau.

Examen quelques heures après son retrait : face cyanosée; gonflement énorme de tout le corps avec coloration verdâtre.

Les mains commencent à desquamer.

Mains droite et gauche : Doigts légèrement fléchis; index à peine fléchi; pouce : phalanges en extension, légèrement fléchies sur le métacarpien; distant d'environ 1 centimètre de l'index.

OBSERVATION 48 (30 mai 1932).

Homme. Gonflement de tout le corps et sérosités, desquamation, cyanose.

Mains droite et gauche : Doigts légèrement fléchis. Phalanges du pouce en extension, légèrement fléchies sur le métacarpien. Le pouce est distant d'environ 1 centimètre de l'index.

OBSERVATION 49 (21 juin 1932).

Femme. Restée quelques heures dans l'eau.

Examen : quelques heures après son retrait. Rigidité. Blanche; écume aux lèvres. Misère physiologique.

Main droite : Pouce fléchi avec la 1^{re} phalange contre l'annulaire.

Doigts fléchis touchant la paume.

Main gauche : Pouce fléchi, mais un peu en adduction sous le médius.

Doigts un peu moins fléchis que dans la main droite.

OBSERVATION 50 (23 juin 1932).

Homme, 41 ans. Miséreux voulant la nuit monter à bord d'un bateau tombe, dans l'eau, de la passerelle. Il y reste une demi-heure environ. Des mouvements de respiration artificielle continués pendant longtemps provoquent des contusions dans la partie antérieure du thorax.

Mains droite et gauche : Doigts demi-fléchis.

Pouce : phalanges en extension l'une sur l'autre et en adduction près de l'index.

OBSERVATION 51 (27 juin 1932).

Homme. Une sérosité sanguinolente sort de la bouche et des oreilles. Noyé bleu.

Mains droite et gauche : Pouce très légèrement fléchi contre l'index.

Doigts demi-fléchis.

A la main gauche le médus est complètement fléchi et touche la paume.

OBSERVATION 52 (8 juillet 1932).

Homme. Face cyanosée.

Mains droite et gauche : Doigts en demi-flexion.

Pouces : phalanges en extension, légèrement fléchies sur le métacarpien correspondant; distant de l'index.

b) *Asphyxies.*

OBSERVATION 53 (27 novembre 1934).

Homme, 35 ans environ. Asphyxié par le gaz d'éclairage. Trouvé nu, couché sur le sol, allait probablement vers la fenêtre. Couché sur la partie antérieure du corps, d'où les lividités ne disparaissent pas, même après deux journées d'allongement sur le dos.

Tête légèrement tournée, appuyée sur le dos de la main droite.

Main droite : Pouce dont les phalanges sont en extension, mais fléchies sur le métacarpien. L'index est fléchi. Les autres doigts très en extension.

Main gauche : Pouce fléchi vers le médus. Tous les autres doigts sont fléchis.

OBSERVATIONS 54 (27 novembre 1931).

Femme, 35 ans environ. Couchée sur le lit. Aspect caractéristique de l'asphyxie par le gaz d'éclairage : pommettes rosées et lèvres colorées. Position du corps en repos. Rigidité lors de l'examen.

Mains droite et gauche : Pouce en extension et en abduction légère.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

c) *Accidents traumatiques.*

OBSERVATION 55 (14 novembre 1931).

Homme, 39 ans. Accident de chemin de fer (tamponnement). Fractures du crâne et de la jambe droite; contusions thoraciques. Bon état musculaire.

La mort a été instantanée.

Examen : 18 heures après la mort; rigidité.

Mains droite et gauche : Pouce à 1 centimètre de l'index, dont les 2^e et 3^e phalange sont demi-fléchies.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 56 (27 novembre 1931).

Homme, 35 ans; a été coincé entre un mur et sa charrette tamponnée par un train; blessure à la tête et au thorax.

Main gauche :

Pouce : les 2 phalanges sont demi-fléchies sur le métacarpien.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

Main droite : Pouce un peu plus en dehors, mais touchant l'index.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 57 (19 décembre 1931).

Homme, 66 ans; charpentier; tombé d'un échafaudage; plaie du crâne; grosse hémorragie; musculature moyenne.

Examen : 25 heures après le décès.

Main gauche :

Pouce : phalanges allongées, demi-fléchies sur le métacarpien; adduction contre l'index (pulpe contre pulpe).

Les autres doigts sont demi-fléchis.

Main droite : la position des doigts est la même que pour la main gauche, mais la pulpe du pouce ne touche pas tout à fait l'index.

OBSERVATION 58 (9 janvier 1932).

Femme, 56 ans; accident d'automobile; cette femme poussait une petite voiture à bras et celle-ci a été tamponnée par une auto, qui a projeté le sujet sur la deuxième voiture.

Plaies de la joue gauche, assez profondes, et du crâne; ouverture de la jambe gauche par une plaie oblique située à la face externe et juste sous le plateau tibial.

Fracture du bassin et de la colonne vertébrale; contusions multiples et taches sanglantes indiquant une hémorragie; ventre énorme, déjeté à droite.

Développement excessivement abondant du tissu adipeux.

Main droite :

Pouce : les phalanges sont allongées l'une sur l'autre et sur le métacarpien; adduction sous l'index, non fléchi, d'où un intervalle de 2 centimètres séparant le pouce de l'index.

Main gauche : Pouce allongé; adduction sous l'index. Tous les doigts sont légèrement fléchis.

OBSERVATION 59 (12 janvier 1932).

Homme, 23 ans; travaillant sur la voie du chemin de fer, il fut happé par une rame de wagons; mort immédiate, la boîte crânienne ayant été enlevée avec éjection du cerveau. Plaie au menton; fractures de l'avant-bras et du poignet droit.

Examen : 6 heures après la mort; commencement de rigidité aux membres inférieurs et aux épaules.

Main gauche :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre avec légère flexion sur le métacarpien et adduction moyenne sous l'index dont le pouce est distant cependant de 2 centimètres environ.

L'index est à peine fléchi sur son métacarpien, sa 2^e phalange est légèrement fléchie sur la 1^{re} et la 3^e est en extension sur la 2^e. Les autres doigts sont légèrement fléchis.

Main droite : Médius sectionné incomplètement (lambeau cutané externe retenant les deux portions) au niveau de l'articulation entre la 1^{re} et la 2^e phalange.

Ecrasement de la main avec ouverture palmaire longitudinale suivant le 3^e espace intermétacarpien.

Etat musculaire excellent.

Nouvel examen : 23 heures après la mort; rigidité.

Main droite :

Pouce : les 1^{re} et 2^e phalanges sont légèrement fléchies l'une sur l'autre et demi-fléchies sur le métacarpien; la pulpe du pouce touche la 2^e phalange de l'index, dont la 3^e phalange est en extension sur la 2^e; celle-ci est demi-fléchie sur la 1^{re}, elle-même demi-fléchie sur le métacarpien.

Le médius est broyé au niveau de l'articulation de la 1^{re} avec la 2^e phalange et sa 1^{re} phalange est demi-fléchie sur le métacarpien.

L'annulaire et l'auriculaire sont fléchis.

Nombreuses excoriations cutanées; plaie de l'éminence thénar.

Main gauche : la pulpe du pouce touche l'interligne articulaire de l'index (articulation de 1^{re} avec 2^e phalange).

La flexion de tous les doigts s'est accentuée depuis la veille.

OBSERVATION 60 (20 janvier 1932).

Homme, âge inconnu.

Suicide probable; section totale du corps, au niveau du bassin, par le chemin de fer.

Les membres sont intacts ainsi que la tête.

Examen : 15 heures après la mort; rigidité.

Main droite :

Pouce : 1^{re} et 2^e phalanges allongées; adduction légère, avec le métacarpien, au-dessous de l'index et à 3 centimètres de lui.

Les autres doigts sont légèrement fléchis.

Main gauche :

Le pouce a la même position que dans la main droite

Les autres doigts sont un peu plus allongés.

Nouvel examen : 39 heures après la mort.

Les mains ont gardé la même position que la veille.

Plaques parcheminées : l'une située à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche; l'autre sur l'hémithorax gauche, sur la ligne axillaire.

Tache verte au niveau de la fosse iliaque droite et à la partie toute inférieure.

La rigidité commençait environ 3 heures après la mort.

Sur une photographie prise 12 heures après la mort, la main gauche est seule visible; les 4 derniers doigts sont légèrement fléchis; le pouce est en dehors mais caché sur la photo.

Le 23 janvier, à 14 heures, la rigidité commence à disparaître et l'odeur de putréfaction commence au niveau de la plaie.

OBSERVATION 61 (14 mars 1932).

Homme, cantonnier, conduisant un charrêton dont le moyeu fut touché par l'aile d'une camionnette; il fut choqué par le brancard et projeté à terre; la mort est survenue 4 heures après sans qu'il y ait eu perte de connaissance; passé éthylique; musculature moyenne.

Examen : 93 heures environ après le décès; rigidité.

Tache verte abdominale dessinant l'anse colique; lividités aux parties déclives.

Très légère contusion à droite au niveau de la 7^e côte et à la partie antérieure.

A l'ouverture du thorax, on trouve des fractures des 7^e, 8^e et 9^e côtes droites à la partie antérieure, presque juxta-chondrales.

Enorme déchirure du lobe droit du foie (adhérences à la paroi et légère cirrhose); épanchement sanguin de 1.800 cc. environ.

La main droite est en pronation et flexion, mais cette position paraît antérieure au traumatisme, car il existe une légère atrophie du poignet.

Main gauche :

Pouce : extension totale, adduction légère contre l'index.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

Main droite : Flexion et pronation.

Pouce : phalanges allongées, fléchies sur le métacarpien et en adduction complète vers le médus.

Les autres doigts sont légèrement fléchis.

OBSERVATION 62.

Homme, 73 ans, cantonnier; tamponné par une auto dans la nuit, il est mort pendant son transport.

Hématome léger au crâne; petite déchirure du cuir chevelu à droite; ecchymose en lorgnette autour de l'œil droit; épistaxis et otorragie; sujet maigre et peu musclé.

Examen : 10 heures environ après le décès; rigidité. Lividités aux parties déclives et au niveau des bourses.

Main droite :

Pouce : phalanges allongées et légèrement fléchies sur le métacarpien; adduction sous l'index et contre le médus, dont il touche la 1^{re} articulation phalangienne à sa partie externe.

Index : seule la 2^e phalange est fléchie sur la 1^{re}; celle-ci est à peine fléchie sur le métacarpien.

Les doigts sont fléchis, mais non complètement, en sorte que le poing n'est pas fermé.

Main gauche :

Pouce : phalanges allongées et fléchies légèrement sur le métacarpien; adduction sous l'index.

Index : Seule la 1^{re} phalange est légèrement fléchie sur le métacarpien; les 2^e et 3^e phalanges sont allongées.

Les doigts sont légèrement fléchis.

OBSERVATION 63 (12 avril 1932).

Homme, 40 ans; fracture du crâne par coup de barre; mort 3 heures après.

Sujet très musclé et rigidité excessivement marquée.

Lésions craniennes : fractures du maxillaire à droite et à gauche et de l'os malaire droit. La fracture du crâne part du sommet et descend à droite et à gauche vers la base; contusion cérébrale sous-jacente, avec déchirure de la dure-mère et léger épanchement sanguin. Tous les autres viscères sont parfaitement sains; ecchymoses sur le dos de la main droite.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées, légèrement fléchies sur le métacarpien; adduction contre l'index à sa partie externe.

Les doigts à gauche sont allongés et l'auriculaire est légèrement écarté; à droite, les doigts sont très légèrement fléchis.

OBSERVATION 64 (7 juillet 1932).

Enfant, 7 ans; tamponné par une auto; contusions multiples; ecchymoses sous-conjonctivale et palpébrale gauche; pas de fracture du crâne concomitante.

Main droite : Pouce demi-fléchi, ainsi que les doigts; le pouce vient contre l'index.

Main gauche : Pouce allongé et doigts demi-fléchis.

OBSERVATION 65.

Homme, inconnu; suicide par chemin de fer; contusions et fractures multiples (crâne, membres supérieur et inférieur, thorax).

Examen : 28 heures environ après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées, demi-fléchies sur le métacarpien et contre l'index.

Les doigts sont demi-fléchis.

OBSERVATION 66.

Homme, 19 ans; chute de bicyclette; fracture du crâne et multiples fractures des membres supérieurs et inférieurs.

Examen : 36 heures environ après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges très légèrement fléchies et demi-fléchies sur le métacarpien; séparé de l'index par un intervalle d'un demi-centimètre.

Les doigts sont légèrement fléchis.

d) *Clochards.*

OBSERVATION 67 (12 décembre 1931).

Homme, 70 ans environ; mort de froid ou de misère; amaigrissement marqué.

Examen : 5 heures après la mort; rigidité commençante et débutant par les doigts.

Main gauche :

Pouce : adduction sous l'index, qu'il touche par sa pulpe.

L'index est légèrement fléchi et les autres doigts sont demi-fléchis.

Main droite :

Pouce : adduction légère sous l'index, dont il est distant de 1 centimètre.

L'index est légèrement fléchi; le médius est à peine fléchi et les deux autres doigts sont légèrement fléchis.

Le 13 décembre, aucun changement dans la position des doigts; rigidité

OBSERVATION 68 (11 février 1932).

Homme, 56 ans; mort de froid; amputé de la jambe droite au tiers supérieur; amaigrissement marqué.

Examen : 72 heures environ après le décès. Lividités au niveau du crâne à partir d'une ligne horizontale passant par les oreilles sur le sujet couché.

Tache verte abdominale à droite et sur la ligne médiane; la rigidité disparaît.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre et fléchies sur le métacarpien; adduction sous l'index, dont il touche la pulpe de la phalangine.

Les doigts sont fléchis et rapprochés.

OBSERVATION 69 (13 février 1932).

Homme, 50 ans; ancien marin; trouvé inanimé sur le quai et transporté dans une pharmacie, où il est mort; froid très vif. On constate sur la face un écoulement de salive mêlée à du vin.

Examen : 21 heures après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre, légèrement fléchies sur le métacarpien, et adduction sous le médius.

Le médius et l'index sont à peine fléchis et les autres doigts sont légèrement fléchis.

B. — SUICIDES.

a) *Pendaison.*

OBSERVATION 70 (11 février 1932).

Homme, 54 ans; trouvé pendu au pied de son lit; trace de corde à peine perceptible à la partie antérieure du cou (trouvé à genou); pas de trait parcheminé.

Examen : 54 heures environ après la mort; rigidité (celle-ci avait déjà commencé 5 heures environ après le décès).

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées l'une sur l'autre, fléchies sur le métacarpien; adduction sous le médus, qu'il touche au niveau de la 2^e phalange.

Les doigts sont demi-fléchis et rapprochés.

OBSERVATION 71 (12 décembre 1932).

Homme, 46 ans; trouvé pendu; trait parcheminé très net à la partie antérieure du cou et situé un peu bas, mais profondément imprimé; trace verticale au niveau et en arrière de l'oreille gauche.

Examen : 12 heures après la mort; rigidité; cyanose de la face.

Main gauche :

Pouce : phalanges légèrement fléchies l'une sur l'autre et fléchies sur le métacarpien; adduction sous le médus.

L'index et le médus sont demi-fléchis et les deux derniers doigts sont fléchis.

Main droite :

Pouce : phalanges allongées; adduction sous l'index, qu'il touche au niveau de la pulpe de la dernière phalange.

L'index est demi-fléchi et les autres doigts sont fléchis.

b) *Armes à feu.*

OBSERVATION 72 (5 avril 1932).

Homme, 56 ans; suicide avec un revolver de fort calibre.

Examen : 13 jours après la mort; tache verte abdominale; la rigidité a disparu.

Trajet de la balle :

Crâne : orifice d'entrée à droite, au-devant de l'écaille temporale; sortie, à gauche, à la partie inférieure de la région parié-

tale, immédiatement au-dessus de la partie moyenne du bord supérieur de l'écaille du temporal; le trajet est donc oblique de droite à gauche, d'avant en arrière et un peu de bas en haut.

Encéphale : traversé de part en part; entrée au niveau du lobe frontal droit et sortie au niveau du lobe pariétal.

La balle se trouvait immédiatement au-dessous de la boîte crânienne, qu'elle avait fait éclater.

Main droite : tenait l'arme; pas de spasme.

Pouce : phalanges très légèrement fléchies l'une sur l'autre et sur le métacarpien; adduction sous l'index.

L'index est peu fléchi et les 1^{re} et 2^e phalanges sont allongées l'une sur l'autre par la gâchette.

Les doigts sont légèrement fléchis, mais ne touchent pas la paume de la main.

Main gauche : Pouce allongé et en adduction contre la pointe de l'index.

Tous les doigts sont fléchis et touchent la paume de la main.

. C. — ASSASSINAT.

a) *Coups de revolver.*

OBSERVATION 73 (19 mai 1932).

Homme; 7 coups de revolver; 2 balles au crâne n'ayant pas pénétré dans le cerveau; une dans l'avant-bras gauche, une autre ayant pénétré par le flanc droit et logée dans la fesse gauche contre le sciatique, et une dernière ayant perforé la rate.

Hémithorax déterminé par une autre, qui a amené la mort.

Coups de bouteille sur la tête (ecchymoses osseuses).

Mort en quelques heures.

Examen : 36 heures environ après la mort; rigidité.

Mains droite et gauche. Pouce situé contre l'index; phalanges allongées l'une sur l'autre et fléchies sur le métacarpien.

Les doigts sont incomplètement fléchis.

OBSERVATION 74 (2 juillet 1932).

Homme; coup de revolver au niveau de la région temporale droite.

Examen : 48 heures environ après le décès; rigidité.

Mains droite et gauche :

Pouce : phalanges allongées situées contre l'index et légèrement fléchies sur le métacarpien.

Les autres doigts sont demi-fléchis.

b) *Coup de couteau.*

OBSERVATION 75 (4 juin 1932).

Femme, 20 ans; coup de couteau à la partie supérieure de la cuisse (section de l'artère fémorale); mort par hémorragie.

Examen : 48 heures environ après le décès; rigidité.

Main gauche :

Pouce : phalanges allongées, légèrement fléchies sur le métacarpien et en adduction sous l'index, dont la phalange est allongée sur la phalangette.

Les doigts sont demi-fléchis.

Main droite : le pouce a la même position que dans la main gauche.

L'index est demi-fléchi, ainsi que les autres doigts.

CHAPITRE VI

CONSIDERATIONS SUR CES OBSERVATIONS

En examinant ces 75 observations, une première constatation vient d'elle même frapper notre esprit : c'est que l'attitude signalée par Villermé y est très exceptionnelle puisque nous ne la rencontrons nette que deux fois, dans les observations n^{os} 49 et 71 (main gauche).

Dans les observations n^{os} 1, 11, 12, 18, 34 (main droite) 40, 53, 61, 62, 69, la position décrite par Villermé, quant à la position du pouce et quant à la tenue des autres doigts, n'est pas nette. Seule, s'y rapporte, en effet, la position du pouce en direction du médius, les autres doigts étant soit seulement demi-fléchis, soit même très légèrement fléchis, presque en extension.

Nous serons donc moins généreux encore que Josat, qui accordait sa présence 3 fois sur 10, puisque nous ne la trouvons que 2 fois sur 75 cas observés.

Nous voyons, au contraire, que l'attitude des doigts n'est pas univoque, mais présente assez de diversité. Oh! Il n'y a sûrement pas une fantaisie débordante, qui place les doigts dans toutes sortes d'attitudes baroques, déroutant l'imagination! Non, mais on peut ramener à 3 les variétés *les plus fréquentes* de tenue des doigts chez nos cadavres.

Nous tentons cette systématisation, uniquement pour les besoins de la statistique. Il est bien entendu que certaines variétés, plus rares, n'entreront pas dans ce cadre.

Nous ne considérons dans ces variétés de position que l'attitude du pouce par rapport aux autres doigts. Ceux-ci, en

effet, sont pour ainsi dire, toujours demi-fléchis ou trois quarts fléchis. Seul, le pouce varie son maintien.

La position que nous appellerons *position I* est la suivante :

Le pouce a ses phalanges en extension, la première d'entre elles est à demi fléchie sur le métacarpien correspondant. Ce doigt vient sous l'index demi-fléchi. Les autres doigts sont demi-fléchis ou trois quarts fléchis.

Ce n'est pas la position de Villermé.

La *position II* est celle-ci :

Le pouce, qui a ses phalanges en extension, ou légèrement fléchies l'une sur l'autre, est en extension sur son métacarpien, qui est, lui, en plus ou moins grande abduction (très rarement) ou adduction, conditionnant ainsi sa position par rapport aux autres doigts: Il ne vient pas sous l'index.

Et enfin, la *position III* signifie que :

Le pouce, en légère flexion sur son métacarpien, ne vient pas cependant sous l'index, mais le touche, ou en est séparé par une distance assez restreinte.

Quelle est de ces positions, la plus fréquente?

a) La position I est celle des observations : 1, 3, 4, 9, 10, 11, 12 (pour la main gauche); 15 (M. D.); 15 (M. G.); 18, 26, 27, 30, 32, 34 (M. D.); 40, 42, 43 (M. G.); 49, 53 (M. G.), 58, 59 (M. G.); 60, 61 (M. D.); 62, 67, 68, 69, 70, 71, 72 (M. D.); 75,

donc se trouve 32 fois.

b) La position II étant dans les observations : 2, 5, 6, 8, 12 (M. D.); 13 (M. D.); 14, 15 (M. G.); 19, 20, 21, 22, 23, 31 (M. D.); 36, 37 (M. D.); 38, 54, 61 (M. G.); 64 (M. G.); 72 (M. G.),

comporte donc 21 cas.

c) Enfin la position III, avec les observations : 7, 13 (M. G.); 16, 17 (M. D.); 24, 25, 28, 29, 31 (M. G.); 33, 34 (M. G.); 35, 37 (M. G.); 41, 43 (M. D.); 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53 (M. D.); 55, 56, 57, 63, 64 (M. D.); 65, 66, 73, 74,

totalise 33 cas.

C'est donc la position III qui est le plus souvent observée, précédant de bien peu (1 cas) la position I, pour laisser peu en arrière la position II.

Est-ce à dire que cette position, la plus fréquemment trouvée par nous, soit partout et toujours la plus habituelle?

Nous nous garderons de l'affirmer!

Nous pourrions dire, par contre, qu'il n'y a pas une attitude fixe des doigts après la mort.

Evidemment, nous constatons presque toujours que les doigts, autres que le pouce, sont demi-fléchis, mais, assez souvent, nous les voyons trois quarts fléchis.

Le pouce pourra se pencher vers le creux de la main, là, il s'appuiera souvent contre l'index, plus ou moins près de son extrémité. Ailleurs, au contraire, il reste à quelques centimètres de l'index, distance parfois légère, parfois portée au maximum. Car, certaines fois, alors que phalange et phalangine sont le plus souvent en extension l'une sur l'autre, la phalange se plie plus ou moins sur le métacarpien; ce dernier étant en plus ou moins grande adduction ou abduction.

D'autres fois, cependant, la phalange se redresse complètement pour prolonger son métacarpien qui conditionne alors l'éloignement entre le pouce et l'index, par son degré d'adduction ou d'abduction.

Ces attitudes sont-elles, comme le veulent Lacassagne et Etienne-Martin, celles qu'ont les doigts dans un sommeil profond?

Il n'est pas impossible que, parfois, les deux positions se ressemblent.

Alors que dans la mort, la rigidité donne aux doigts une attitude figée, dans le sommeil profond, au contraire, le relâchement complet de toute la musculature est le plus souvent la règle et la caractéristique. On observe cependant « les poings fermés » chez les enfants du premier âge.

Suivant la façon dont les mains reposent sur le lit, s'appuient sur le corps, ou sont libres et pendantes, les doigts prennent des attitudes différentes et variées.

Dans la mort, au niveau des mains, comme ailleurs, l'attitude trois quarts fléchie prédomine, de sorte que nous pouvons dire, avec Lacassagne et Etienne-Martin, que la flexion fait bien partie du tableau de la mort, résultat de la prédominance des fléchisseurs sur les extenseurs.

Parfois, cependant, nous rencontrons une extension complète; cas exceptionnel normalement. Mais cela se trouve très souvent chez les noyés, c'est alors un phénomène mécanique dû à l'infiltration gazeuse particulièrement marquée chez les noyés putréfiés.

Parfois encore, sur le même individu, nous trouvons flexion d'une main et extension de l'autre. Dans ce cas, il vaut mieux être prudent et penser que peut-être une cause extérieure quelconque a faussé le maintien.

De toute façon, si nous jetons un regard d'ensemble sur nos observations, nous pouvons dire en résumé :

Qu'il y a une grande diversité d'attitudes des doigts, chez les cadavres observés par nous.

Cette diversité est surtout le fait de la position du pouce par rapport aux autres doigts. Ces derniers se tenant dans la gamme de la flexion, qui irait depuis le fléchissement léger jusqu'à la fermeture complète de la main.

Il était intéressant de noter tous ces détails afin d'essayer de connaître et de fixer une attitude des doigts dans la mort naturelle.

Il n'y a pas unicité d'attitude.

Mais une constatation positive ou négative a toujours de la valeur.

Nous allons tâcher maintenant de montrer tout l'intérêt médico-légal qui peut s'attacher, parfois, à la notation de position des doigts dans la mort violente.

Nous ferons appel à nos notions sur la rigidité cadavérique, mais surtout à celles sur le spasme cadavérique, plus important au point de vue immédiat.

Examinons donc ce point de vue, but et aboutissement de notre travail.

CHAPITRE VII

INTERET MEDICO-LEGAL DE L'ATTITUDE DES DOIGTS APRES LA MORT

Ouvrons le *Précis de médecine légale* de Lacassagne; édition de 1906, à la page 277; nous lisons :

« Nous pouvons donc conclure que l'expression de la physionomie d'un cadavre ne donne aucun renseignement sur les circonstances de la mort ou les passions de l'âme au moment où la vie se termine.

» Mais nous pensons que l'attitude peut, au contraire, fournir quelques indications sur les conditions de la mort. »

Il n'y a, pour s'en convaincre, qu'à se rapporter aux observations citées antérieurement, de spasme cadavérique, qui fige le corps ou un de ses segments dans l'attitude ultime !

Lacassagne continue plus bas :

« Il faut donc admettre, que dans certaines conditions, une contraction musculaire qui a eu lieu dans les derniers moments de la vie peut durer, maintenir une attitude spéciale, jusqu'au moment où la rigidité cadavérique vient consolider cette attitude. Cependant, le médecin expert devra apporter la plus grande prudence dans l'interprétation de ces phénomènes. »

Peut-il y avoir équivoque ?

Ces phénomènes sont en effet, contraires à ce qui se passe, le plus souvent, alors que la mort détermine la perte du tonus musculaire.

La police est alertée; on vient de trouver, chez lui, un individu mort, la tempe trouée par une balle et tenant dans sa main droite, un revolver.

Y a-t-il eu suicide ?

Y a-t-il eu crime ? Et dans ce cas, l'arme était-elle défensive.

Ou bien fut-elle placée par l'assassin, pour égarer les soupçons et simuler le suicide ?

D'après Thoinot, le maintien de l'arme homicide, par le cadavre, peut s'observer dans les blessures par armes à feu et les blessures par instruments piquants et tranchants, moins fréquemment dans ce dernier cas. On a voulu faire de ce phénomène, un signe différentiel entre le suicide et le meurtre.

Devergie avait noté, il y a longtemps, dans un cas de suicide par arme à feu, la position singulière du bras droit et de la main demeurés à la hauteur de la tête sur laquelle le coup avait été tiré.

Etienne Martin a cité le cas d'un militaire s'étant suicidé d'un coup de revolver à la tempe droite. Le cadavre était debout, devant une glace; la main gauche reposait sur la cheminée, tenant encore son arme dirigée vers la tempe.

La réalité du fait lui-même, sa signification, son interprétation et sa valeur séméiologique médico-légale ont donné lieu aux controverses les plus vives.

Certains auteurs, tels Blumentask et Maschka, nient catégoriquement la possibilité de pareils faits, alors que d'autres l'admettent volontiers.

Les uns, avec Casper, Hoffmann et Strassmann, le considèrent comme très rare, les autres, comme Taylor, très fréquent.

De même pour sa signification :

les uns le considérant comme le résultat d'un spasme cadavérique, le tiennent pour un bon signe de suicide;

les autres le regardant comme une position accidentelle de la main, fixée par la rigidité cadavérique, ne lui accordent aucune valeur séméiologique en faveur du suicide ou de l'homicide.

Enfin, une troisième opinion a été émise par Tourdes et Hoffmann, plus éclectique, disant que l'arme trouvée dans la main d'un cadavre peut être un signe de suicide, mais peut être aussi une arme défensive que le sujet tenait lorsqu'il a été tué.

Des expériences ont été instituées pour essayer de trancher ces différends.

Il semblerait que la lumière dût en jaillir et mettre tout le monde d'accord. Il n'en est rien et l'indécision subsiste.

Si on essaie, en effet, de faire tenir un objet quelconque par la main d'un sujet qui vient de mourir, un revolver par exemple, la rigidité cadavérique survenant ultérieurement va-t-elle ou non réussir à fixer cet objet solidement dans la main ?

Si l'expérience est négative, les partisans du spasme auront raison et leurs conclusions médico-légales triompheront.

Si au contraire, la rigidité cadavérique réalise le maintien de l'arme, ce phénomène ne peut avoir aucune valeur médico-légale, tout au moins dans le sens que l'entendent les premiers.

Mais, ici encore, les résultats sont divergents et les conclusions diffèrent.

Certains auteurs, Casper, Hoffmann et Maschka, n'ont jamais réussi une expérience concluante.

D'autres, comme Tourdes et Kussmaül, ont pu faire maintenir une arme par la main d'un cadavre. Lacassagne et Etienne-Martin, qui ont repris expérimentalement la question, ont vu un cadavre maintenir immédiatement l'arme placée dans sa main, celle-ci étant en état de rigidité, commençante ou non installée complètement. Plus tard, il fallait recourir à des subterfuges, tels que l'emploi de liens maintenant l'arme et les doigts, pour que l'instrument vulnérant pût être tenu.

Si on peut réussir à imiter ce que peut faire naturellement le spasme, ce n'est, aux dires de Lacassagne et Etienne-Mar-

tin, que grossièrement : l'arme n'est pas maintenue dans la main, que la rigidité ordinaire crispe artificiellement sur elle, comme elle l'est par le spasme cadavérique normal.

Dans le premier cas, l'arme est simplement serrée entre la paume de la main et les deux dernières phalanges rigides, et jamais on ne voit, comme dans le spasme cadavérique des suicidés, les mains en véritable position de tir, les phalangi-nes repliées en crochet, les phalangettes fléchies sur les phalangines et appuyées sur la gâchette en ce qui concerne l'index et sur la crosse en ce qui concerne les trois derniers doigts; le pouce étant lui-même, d'autre part, placé sur le dessus de la crosse.

Pour notre part, nous n'avons jamais observé de spasme cadavérique chez les suicidés.

Nous avons, par deux fois, essayé de reproduire les expériences décrites ci-dessus.

En voici le détail :

EXPÉRIENCE N° I.

Homme de 59 ans (obs. 32). Mort subitement dans la rue.

Examen trois heures après la mort. *Pas de rigidité.*

Nous plaçons un gros revolver à barillet, dans la main droite. Les doigts sont disposés en attitude de tir. Nous appuyons la main sur le ventre pour conserver aux doigts cette position.

Sept heures après : La rigidité est complète à l'épaule, moins au coude, moins encore à la main. On déshabille le sujet, à ce moment; le corps est encore chaud, car il est très couvert (4 pantalons).

Le revolver, alors, tombe de la main, mais les doigts gardent l'attitude de tir, sans crispation.

Nous remettons le revolver dans la main droite, et nous l'appuyons, de nouveau, sur l'abdomen.

17 h. 30 après (24 heures après décès) : *rigidité complète partout.*

En soulevant la main droite, le revolver bouge, mais ne tombe pas. Les doigts ne sont pas crispés sur lui : on peut l'enlever sans difficulté. Mais les doigts gardent leur attitude. Nous ne trouvons pas cependant la flexion des phalangines sur les phalangettes.

EXPÉRIENCE N° 2.

Femme de 62 ans (obs. 40). Noyée, mais restée très peu de temps dans l'eau.

Examen peu après son décès : commencement de rigidité aux membres inférieurs.

Nous plaçons un revolver à barillet, assez lourd (celui de l'expérience n° 1), dans la main droite. Les doigts sont mis en position de tir. La main est appuyée sur l'abdomen pour conserver cette attitude : index sur la gâchette; le pouce tient la crosse, étant opposé aux autres doigts.

Si on soulève le bras, le revolver tombe.

17 heures après : Quand on soulève le bras, le revolver remue un peu, mais ne tombe pas; on a, même, une certaine difficulté pour retirer l'arme de la main qui la serre (le bas de la crosse est plus large que sa racine). Les doigts sont repliés, les phalanges, phalanges et phalanges fléchies les unes sur les autres en position de tir.

Ainsi, dans les deux cas, le revolver est tenu : lâchement dans le premier, plus solidement dans le second.

Dans la première expérience, les doigts n'ont pas gardé l'attitude nette et complète du tir; alors que, dans la seconde, les phalanges restent fléchies sur les phalanges.

Nous signalerons, en passant, que nous n'avons pas employé de liens pour maintenir l'arme avant l'installation de la rigidité.

Cependant, en aucun cas, le revolver n'a été tenu fermement par la main du cadavre, puisqu'en remuant le bras correspondant, l'arme bougeait.

Nous partageons donc l'avis de Thoinot : « De toute cette controverse, si longue, on peut conclure que le maintien énergique d'un pistolet, d'un revolver, dans la main d'un individu ayant succombé à un coup de feu est un bon argument en faveur du suicide.

» Deux autres hypothèses, seules, peuvent être discutées . la première, c'est que l'individu a été tué par un coup de feu étranger et que l'arme qu'il tenait dans la main était destinée à sa défense;

» la deuxième, beaucoup moins vraisemblable parce qu'elle exige dans sa réalisation des conditions assez particulières développées ci-dessus, c'est qu'il y a eu meurtre et que l'arme, trouvée dans la main, y a été simplement placée après le crime afin de simuler le suicide. »

Il est clair, cependant, que l'intérêt médico-légal de la question, est grand.

Que l'arme soit plus ou moins serrée dans la main, on en tirera, c'est certain, des conclusions.

Mais le médecin légiste ne se contentera pas de regarder ce signe, il cherchera à le faire entrer dans un ensemble de constatations, dans un tout.

Il constatera la situation et les caractères (aspect de blessure faite à bout touchant, à bout portant, etc.), de l'orifice d'entrée, la direction du trajet faisant suite à cet orifice. Il recherchera s'il n'y a pas sur la main, qui paraît avoir actionné la gâchette, de traces laissées par la déflagration de la poudre.

Il pensera à vérifier, par des mensurations comparées des membres supérieurs, si le sujet devait être droitier ou gaucher, et tous les éléments d'appréciation réunis lui permettront généralement de dire si, du point de vue médical, l'hypothèse du suicide doit être ou non retenue.

Revenons sur le cas rapporté par M. le Professeur Lande : une femme est trouvée morte, étendue dans sa cuisine. Le crime est prouvé. Mais les circonstances exactes ? Les témoins défilent à la barre. M. le Professeur Lande, expert, signale que la femme tenait un chiffon dans sa main droite.

Après lui, un gendarme indique la main gauche comme ayant tenu le chiffon.

Main droite, main gauche ? L'importance du fait n'avait pas échappé au Ministère public, d'une part, et à la défense,

d'autre part. Plusieurs explications, en effet, au résultat des constatations faites, étaient en présence : on pouvait penser que la victime, si elle tenait, étant droitière, le chiffon dans sa main droite, avait été frappée, au cours de son travail, par surprise peut-être, ou tout au moins sans provocation de sa part; tandis que le chiffon tenu de la main gauche faisait penser à une attitude de défense du membre supérieur droit ou permettait d'envisager l'hypothèse d'une discussion, accompagnée peut-être de quelque geste menaçant de la main droite.

Assurément, très souvent, le crime est évident, ou bien les éléments apportés à une enquête policière bien conduite, suffisent à le démontrer. Mais c'est dans les cas douteux qu'il ne faut rien négliger, rien oublier.

Que la photographie ne se contente pas, alors, de fixer la disposition des lieux, l'attitude du corps. Mais qu'elle grave, aussi, les positions particulières, qu'une incidence heureuse mette bien en évidence le moindre détail, qui peut devenir un des éléments essentiels de l'information.

Nous avons vu, plus haut, combien il était difficile de simuler parfaitement le suicide en mettant une arme dans la main du mort. Cette main ne veut pas trahir celui dont elle fait partie. Elle ne se crispera pas sur l'arme criminelle.

Aussi, un crime prémédité, ordonné dans tous ses détails, « pre et post mortem », par un meurtrier avisé, sera découvert, et la mort rapportée à sa véritable cause, grâce aux mains !

D'autres fois, la victime s'est défendue, elle a pu saisir au cours de la lutte les vêtements du meurtrier ou un objet lui appartenant, arracher des cheveux.

Si les doigts se crispent, ils garderont ainsi un test accusateur, que le criminel, dans sa hâte, n'aura pas pensé à faire disparaître. On trouve, de temps à autre, des récits de faits semblables.

Ainsi nous semble démontré tout l'intérêt médico-légal qui peut s'attacher, dans certains cas, à la position des doigts sur le cadavre.

Cette position pourra parfois apporter la lumière sur des faits assez obscurs et si, à elle seule, elle ne permet pas, souvent, de conclure fermement à une modalité certaine de décès, elle contribuera à renforcer les éléments d'une enquête policière complète.

Assurément, il ne s'agit pas, là, d'un test pouvant être appliqué systématiquement à tous les cas de mort suspecte. Néanmoins, le fait que l'attitude des mains du cadavre peut, dans certaines circonstances, devenir un élément précieux d'information, démontre l'utilité qu'il y a à faire toutes constatations de détails que l'on pourrait croire, au premier abord, superflues.

CONCLUSIONS

I. — On peut observer, sur les cadavres, diverses attitudes des doigts et par suite de la main.

II. — Cette diversité d'attitudes tient, surtout, à la position du pouce, en extension plus ou moins complète, par rapport à celle des autres doigts qui sont plus ou moins fléchis.

III. — C'est la rigidité cadavérique qui, le plus souvent, fixe cette position.

IV. — Parfois le spasme cadavérique intervient, apportant alors un précieux élément de diagnostic médico-légal :

Il pourra, en effet, contribuer à différencier un suicide d'un homicide.

Il contribuera même, parfois, à faire admettre que celui-ci a été commis par surprise, au cours du travail par exemple, ou qu'il a été perpétré sur une personne ayant eu le temps de se mettre en attitude de défense.

V. — L'intérêt que présente, en certaines circonstances, la position des doigts, prouve donc bien l'utilité qu'il y a de ne pas négliger de constater ce détail, dont l'interprétation, cependant, ne devra être faite qu'avec prudence.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. LANDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 12 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BALTHAZARD (V.). — Précis de médecine légale, 4^e éd., Paris, Baillière, 1928.
- DEVERGIE (Alph.). — Médecine légale théorique et pratique. Paris, Baillière, 1836.
- ETIENNE-MARTIN. — Decubitus et rigidité cadavérique. Thèse de Lyon, 1899.
- Précis de médecine légale. Paris, Doin, 1932.
- ICARD (S.). — La mort réelle et la mort apparente. Paris, F. Alcan, 16^e, 1897.
- JOSAT. — De la mort et de ses caractères; nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés. Paris, 1854.
- LACASSAGNE (A.). — Précis de médecine légale. Paris, Masson, 1906.
- SARDA. — Les signes précoces de la mort. *Montpellier médical*, 1917, n° 27, t. XXXIX, p. 843-860.
- THOINOT. — Précis de médecine légale. Paris, Doin et fils, 1913, t. I.
- TOURDES (G.). — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1875. Article « Mort ».
- VIBERT. — Précis de médecine légale, 9^e éd., Paris, J.-B. Baillière, 1917.
- VILLERMÉ (L.). — *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1830, 1^{re} série, t. IV, p. 420.

